

Formulario de fin temprano de embarazo – Medi-Cal Access Program (MCAP)

Si su embarazo termina temprano, por favor llene este formulario. Envíe su formulario por correo o fax a:
Medi-Cal Access Program, P.O. Box 15559, Sacramento, CA 95852 Fax 1-888-889-9238

A. Información de la afiliada:

- Nombre de la afiliada: _____
- Fecha de nacimiento de la afiliada: ____/____/____
- Medi-Cal Access Program Family Member Number: _____
- Domicilio: _____

B. Formulario de fin temprano de embarazo de Medi-Cal Access Program:

Usted debe notificar al Medi-Cal Access Program dentro de 30 días sobre el fin de su embarazo. El formulario de fin temprano de embarazo tiene que ser enviada al Medi-Cal Access Program por correo o fax. Este formulario puede ser usado para certificar el fin temprano de un embarazo.

Puede usar un formulario diferente siempre y cuando tenga la misma información que este y que esté firmado por un profesional de atención médica autorizado o certificado. Las personas que pueden certificar el fin temprano de un embarazo para Medi-Cal Access Program pueden ser:

Médicos (generales u ostéopatas) Enfermeras tituladas Enfermeras parteras certificadas
Enfermeras vocacionales autorizadas Asistentes de los médicos Asistentes médicos

La persona que certifica el fin temprano de embarazo debe llenar la siguiente información:

Certifico que la persona mencionada arriba ya no está embarazada.

Nombre del establecimiento		Fecha
Dirección del establecimiento		Número de suite
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono ()	Número de fax ()	Fecha en que terminó el embarazo (<i>requerida</i>)
Escriba con letra de molde el apellido del profesional de atención médica (<i>requerido</i>)		
Escriba con letra de molde el nombre del profesional de atención médica (<i>requerido</i>)		Inicial
Firma del profesional de atención médica (<i>requerida</i>)		
Título médico (<i>requerido</i>)		Número de licencia médica

C. La afiliada en Medi-Cal Access Program debe firmar abajo:

Entiendo que si mi embarazo terminó antes de mi fecha efectiva de cobertura, no seré elegible para Medi-Cal Access Program, y que Medi-Cal Access Program no cubrirá cualquier servicio médico que yo he recibido.

Entiendo que si mi embarazo termina después de mi fecha de comienzo de cobertura, se cancelará mi afiliación el último día del mes en que se cumplan 60 días de la terminación de mi embarazo. Medi-Cal Access Program no cubrirá cualquier servicio médico que yo reciba después de los 60 días de cuando mi embarazo terminó.

Entiendo que de cualquier modo tendré que pagar cualquier pago pendiente a MCAP, aún si elijo pagar la contribución de afiliada durante el periodo de 12 meses.

Certifico que he leído y entendido la previa información. También certifico que la información que he dado en este formulario es verdadera y correcta.

Firma de la afiliada _____ Fecha _____

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Medi-Cal Access Program al 1-800-433-2611,
de lunes a viernes de 8:00a.m. a 8:00p.m. y los sábados, de 8:00a.m. a 5:00p.m.